※この請求書は2023年5月9日以降に怪我・盗難の被害があった場合にご利用が可能です。

FITTAあんしんサポート　見舞金(保険金)請求書 兼 同意書

さくら損害保険株式会社　御中

● 団体傷害一時金保険の保険契約に基づき、契約内容、保険金額、保険金支払先を確認のうえ同意し、保険金を請求します。
● 貴社が本保険金請求に関する私[被保険者(保険金請求者)]の個人情報を、保険契約の履行(保険金支払の可否、支払金額の算定など)および各種サービスの提供のために取得、利用すること、ならびに貴社が業務上必要とする範囲において、個人情報を裏面「個人情報の取扱いについて」のとおり取得、利用、提供することに同意します。 また、貴社の担当者(貴社が委託、依頼した者を含む)が保険金の支払いに必要な範囲で、被保険者が診察または治療したすべての病院、医師および関係者からすべての傷害の記録を取得することに同意します。なお本書の写真複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

1 被保険者(保険金請求者)の氏名・住所等記入欄および個人情報の取扱いに関する同意欄

ご記入日	20　年　月　日

請求される保険	☐ 入院一時保険金、または通院一時保険金 ☐ 盗難一時保険金	会員番号	
(保険金請求者) 被保険者 住所	〒　－	電話	☐ 自宅　☐ 勤務先　☐ 携帯 (　　)
		メール	@
フリガナ		㊞	生年月日
氏名			昭和 平成　年　月　日　才

2 おケガの場合にご記入ください。

事故日	20　年　月　日　午前・午後　時ころ
場所(施設名)	
事故状況	記入例:ウエイトトレーニング中、ろっ骨を骨折した。

3 盗難の場合にご記入ください。

事故日	20　年　月　日　午前・午後　時ころ		
場所(施設名)		盗難届出の警察の受理番号	
事故状況	記入例:ロッカーにスポーツシューズを置いていたところ、盗まれた。		

4 おケガの場合にのみ、ご記入ください。(盗難は記入不要)

ケガの名前		現在の治療について	治癒　入院中　通院中
医療機関名		医療機関の電話番号	
治療期間	20　年　月　日 から 20　年　月　日 まで		
入院 入院期間	20　年　月　日 から 20　年　月　日 まで		※入院された日数　日
通院 (　)月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		※(　)内に月を記入し、通院された日に ○印をつけてください。 ※通院された日数合計　計　日
通院 (　)月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
通院 (　)月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
通院 (　)月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
通院 (　)月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
通院 (　)月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		

5 保険金支払指図欄(すべての場合にご記入ください。)

保険金振込先	金融機関名		
	銀行・信金 信組・農協	支店・支所 出張所	
	預金種類	店番号	口座番号
	普通 ・ 当座		
	口座名義		
	(フリガナ)		

【各保険金のご請求に必要な添付書類】
①入院・通院: 医療機関の領収書のコピー
　※医師の診断書の提出を求める場合があります。
②盗難: 警察への盗難届出
　※書類が発行されない場合は受理番号

【保険金請求窓口】
〔見舞金事務局:㈱リロ・フィナンシャル・ソリューションズ〕
〔フリーダイヤル〕 0120-61-9031
〔FAX番号〕 03-3354-6991
受付時間: 9:00～17:30 (土・日・祝・年末年始休み)

※この請求書は2023年5月9日以降に怪我・盗難の被害があった場合にご利用が可能です。

FITTAあんしんサポート　見舞金(保険金)請求書 兼 同意書

さくら損害保険株式会社　御中

● 団体傷害一時金保険の保険契約に基づき、契約内容、保険金額、保険金支払先を確認のうえ同意し、保険金を請求します。
● 貴社が本保険金請求に関する私[被保険者(保険金請求者)]の個人情報を、保険契約の履行(保険金支払の可否、支払金額の算定など)および各種サービスの提供のために取得、利用すること、ならびに貴社が業務上必要とする範囲において、個人情報を裏面「個人情報の取扱いについて」のとおり取得、利用、提供することに同意します。 また、貴社の担当者(貴社が委託、依頼した者を含む)が保険金の支払いに必要な範囲で、被保険者が診察または治療したすべての病院、医師および関係者からすべての傷害の記録を取得することに同意します。なお本書の写真複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

1 被保険者(保険金請求者)の氏名・住所等記入欄および個人情報の取扱いに関する同意欄

ご記入日	2021年　9月　10日

請求される保険	☑ 入院一時保険金、または通院一時保険金 ☐ 盗難一時保険金		会員番号	必須 123456789
(保険金請求者) 住所	〒　－ 〒160-0022 東京都新宿区新宿4-3-23 東急ビル2F		電話	☐ 自宅　☐ 勤務先　☐ 携帯 0120　(　61　)　9031
			メール	relo.taro@relo.jp
フリガナ	リ ロ　タ ロ ウ	リロ	生年月日	
氏名	リロ　太郎			昭和 平成　元 年　1月　1日　33才

2 おケガの場合にご記入ください。

事故日	2021年　9月　1日　午前・午後　4時ころ
場所(施設名)	スポーツクラブFITTA　〇〇店
事故状況	記入例:ウエイトトレーニング中、ろっ骨を骨折した。 ランニングマシンで転倒。右足首捻挫。

3 盗難の場合にご記入ください。

事故日	20　年　月　日　午前・午後　時ころ		
場所(施設名)		盗難届出の警察の受理番号	
事故状況	記入例:ロッカーにスポーツシューズを置いていたところ、盗まれた。		

4 おケガの場合にのみ、ご記入ください。(盗難は記入不要)

ケガの名前	右足首　捻挫(炎症は対象外)	現在の治療について	治癒　入院中　通院中
医療機関名	新宿クリニック	医療機関の電話番号	
治療期間	2021年　9月　1　日　から　2021年　9月　10　日　まで		

入院	入院期間	20　年　月　日　から　20　年　月　日　まで	※入院された日数　日
通院	(　9　)月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	※(　)内に月を記入し、通院された日に 〇印をつけてください。 ※通院された日数合計　計　3　日
	(　)月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
	(　)月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
	(　)月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
	(　)月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
	(　)月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	

5 保険金支払指図欄(すべての場合にご記入ください。)

保険金振込先	金融機関名									
	みずほ	銀行・信金 信組・農協	新宿	支店・支所 出張所						
	預金種類	店番号			口座番号					
	普通・当座	2	4	0	1	2	3	4	5	6	7
	口座名義									
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) リロ　タロウ									
	リロ　太郎									

【各保険金のご請求に必要な添付書類】
①入院・通院: 医療機関の領収書のコピー
　※医師の診断書の提出を求める場合があります。
②盗難: 警察への盗難届出
　※書類が発行されない場合は受理番号

【保険金請求窓口】
〔見舞金事務局:㈱ﾘﾛ・ﾌｨﾅﾝｼｬﾙ・ｿﾘｭｰｼｮﾝｽﾞ〕
〔フリーダイヤル〕　0120-61-9031
〔FAX番号〕　03-3354-6991
受付時間: 9:00～17:30 (土・日・祝・年末年始休み)